

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

8

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 novembre 1893, à 1 heure

Par FRANÇOIS-NORBERT FONLLADOSA

Né à Montevideo (Uruguay)
Ancien externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUMEUR BLANCHE
DE L'ARTICULATION STERNO-CLAVICULAIRE

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
 { CHANTEMESSE, MÉNÉTRIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 novembre 1893, à 1 heure

Par FRANÇOIS-NORBERT FONLLADOSA

Né à Montevideo (Uruguay)
Ancien externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUMEUR BLANCHE
DE L'ARTICULATION STERNO-CLAVICULAIRE

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
 { CHANTEMESSE, MÉNÉTRIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de respectueuse affection et de sincère reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES PARENTS

A CEUX QUI M'AIMENT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DUMONTPALLIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERMAIN SÉE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

MONSIEUR LE PROFESSEUR MESUET

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR
CHARCOT



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUMEUR BLANCHE
DE
L'ARTICULATION STERNO-CLAVICULAIRE

AVANT-PROPOS

En choisissant pour sujet de notre travail l'étude de la tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire, nous avons moins pour but d'essayer de décrire une rareté pathologique que de décrire les complications intéressantes qui peuvent en troubler l'évolution.

Malheureusement nous n'avons pu rencontrer des faits sur lesquels nous eussions pu nous appuyer pour justifier notre description. Force nous a donc été d'insister à peine sur ces accidents que les rapports immédiats de l'articulation, notamment avec le cul-de-sac pleural, rendent possibles.

A l'aide de quelques faits cliniques que nous avons pu rassembler, nous nous sommes efforcés de faire une étude

d'ensemble de la question considérant successivement ses causes, ses lésions, ses signes, son diagnostic, son traitement.

Je tiens avant d'aller plus loin à remercier M. le professeur Cornil de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Que M. le Dr Lancereaux, qui a bien voulu me permettre de recueillir dans son service de l'Hôtel-Dieu l'une des observations relatées à la fin de ce travail, veuille bien, lui aussi agréer sa part de remerciements.





INTRODUCTION

Bien que la connaissance de la localisation de la tuberculose au niveau des articulations soit une des conquêtes de la science moderne, les anciens n'étaient passans avoir quelques notions vagues sur les tumeurs blanches.

Si bien Hippocrate ne semble pas les avoir distinguées des luxations et des difformités articulaires, si ce n'est que pour ainsi dire par hasard, qu'il parle sans insister outre mesure d'abcès articulaires de longue durée se terminant, soit par ankylose, soit par luxation spontanée, du moins Asclépiade en attribuant à une production charnue née à l'intérieur de l'article la luxation spontanée de la hanche, semble avoir eu quelque idée non pas de la nature mais de la lésion matérielle des athrites fongueuses.

Malheureusement la théorie d'Asclépiade tomba dans l'oubli, ses successeurs se contentèrent de désigner sous le nom de pédarthrocace les affections osseuses et articulaires les plus diverses survenant chez les enfants et ne s'attachèrent pas autrement à en pénétrer la nature. Quant aux abcès articulaires survenant chez les adultes ils furent rangés à côté des suppurations les plus variées.

Le moyen-âge lui non plus n'eut une connaissance plus exacte des arthropathies tuberculeuses. Ne voyons-nous pas Fabrice d'Aquapendente expliquer la luxation

spontanée, soit par l'accumulation dans l'intérieur de l'articulation d'une humeur épaisse et concrète, soit par le relâchement des ligaments, et plus près de nous Ambroise Paré répéter les mêmes erreurs.

Ce n'est que vers la fin du ^{xvii}^e siècle que l'on semble revenu à la conception de la production charnue intra-articulaire signalée par Asclépiade. Richard Wiseman emploie le premier pour décrire l'arthrite fongueuse le nom de *white swelling*, de tumeur blanche, la rattachant à une diathèse au virus goutteux, écouelleux ; cent ans plus tard Reimar et Brambilla devaient décrire cette même production charnue sous le nom de *fungus articulorum*, et assigner comme caractère anatomique aux tumeurs blanches le développement d'un tissu fongueux analogue aux végétations des ulcères (1774). Jusque-là, sauf Richard Wiseman qui avait accusé le virus écouelleux d'être une cause possible de tumeur blanche, on avait méconnu la tuberculose comme cause possible de l'arthrite fongueuse. Il faut arriver à ce siècle pour voir la vraie cause des tumeurs blanches d'abord méconnue entrer peu à peu en ligne de compte avec d'autres facteurs étiologiques, et cela grâce aux travaux de Broussais, Larrey, Velpeau, Malgaigne et surtout Bonnet, qui reconnaît trois variétés principales de tumeurs blanches : l'arthrite fongueuse, les abcès froids articulaires, les arthrites tuberculeuses.

Passant sur les travaux de Rokitansky, de Bazin, nous dirons que c'est Koster qui, le premier, trouve dans les fongosités l'arrangement cellulaire décrit comme caractéristique de la tuberculose. Le professeur Cornil, on le sait, devait en 1870 confirmer cette découverte.

Un fait important était désormais acquis, savoir que le tubercule peut se développer au niveau des articulations. Restait à savoir si toutes les tumeurs fongueuses étaient dues à la tuberculose.

Les nombreux travaux de l'école contemporaine, notamment ceux de Brissaud, Lannelongue, Kiener et Poulet, ont résolu par l'affirmative cette question.

La connaissance exacte de la nature des tumeurs blanches est en résumé toute contemporaine. Il est donc peu intéressant de fouiller les textes anciens pour savoir quelle idée se faisaient nos devanciers de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire. Nous dirons simplement que peu fréquente elle a été signalée dans presque tous les auteurs classiques et que sauf la thèse de Breitmann elle n'a jamais fait l'objet de descriptions étendues.





ÉTIOLOGIE

Parmi les localisations articulaires de la tuberculose, l'une des moins fréquentes est l'arthropathie fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire. Sur un ensemble de 104 tumeurs blanches, Crocq ne la signale qu'une fois, tandis que sur cette proportion il a noté 43 fois la coxalgie et 23 fois l'arthrite tuberculeuse du genou. M. le professeur Le Dëntu dans la statistique de son service de Saint-Louis aurait relevé une proportion un peu plus considérable. Il la signale, en effet, dans la proportion de 2 pour 100.

S'il faut en croire nos observations, ce seraient les adultes qui seraient frappés de préférence. Nous n'avons rien de spécial à signaler sur la considération du sexe, des occupations professionnelles, des sujets atteints.

La vraie cause de l'arthrite tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire est, on le sait, une localisation du bacille de Koch au niveau de cette articulation. Sans nous occuper de la voie qu'il suit pour pénétrer dans l'organisme pour coloniser au voisinage des extrémités sternale ou claviculaire et de là envahir la synoviale articulaire, nous dirons simplement que la tumeur blanche sterno-claviculaire peut être primitive ou secondaire.

Primitive, elle survient chez un sujet indemne de toute

tare tuberculeuse antérieure. Dans ce cas on peut noter à titre de causes prédisposantes, comme causes générales, tous les facteurs de déchéance organique; en outre, quelques causes locales, traumatiques le plus souvent.

Le plus souvent l'arthropathie sterno-claviculaire est secondaire, c'est un accident survenant dans une tuberculose en train d'évoluer : tuberculose osseuse, de voisinage ou à distance, tuberculose pulmonaire. Suivant les cas, l'article est envahi par propagation directe, ou bien une lésion traumatique met l'articulation en état de moindre résistance, et constitue ainsi une cause d'appel pour la diathèse tuberculeuse.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen anatomique d'un sujet porteur d'une arthrite tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire, peut nous révéler des lésions de divers ordres. Ce sont : des lésions locales, des lésions dues à des manifestations concomitantes du processus tuberculeux, enfin quelques altérations intéressantes à signaler peuvent aussi survenir à titre de complication. Nous passerons sommairement en revue ces divers désordres.

Lésions locales. — On peut ici, comme dans toute tumeur fongueuse, et cela pour faciliter l'étude des lésions produites, considérer les altérations pathologiques, à trois périodes différentes de leur évolution. En schématisant, on peut dire que d'abord les lésions se cantonnent à la synoviale, à l'os, au cartilage ; dans une seconde période, les ligaments sont forcés et permettent aux fongosités de se répandre au pourtour de l'articulation. L'envahissement successif des diverses couches périarticulaires termine le cycle morbide.

Les lésions du début consistent donc en lésions de la synoviale, de l'os, du cartilage.

Peut-être pourra-t-on observer au niveau de la synoviale ces formes rares de la tuberculose articulaire, se

traduisant par une éruption miliaire, ou par une hydarthrose. La seule observation d'examen anatomique que nous avons pu recueillir, les quelques faits cliniques que nous rapportons, n'ont trait qu'à la forme commune de la tuberculose articulaire, à la tumeur fongueuse. Ce sont donc les désordres qu'elle provoque dans l'articulation sterno-claviculaire que nous nous attacherons à décrire.

Les lésions débutent-elles isolément dans l'une des deux synoviales, ou bien les deux séreuses dont est munie l'articulation sont-elles prises simultanément ? C'est ce que nous ne saurions préciser.

Quoiqu'il en soit à une période plus ou moins avancée, la séreuse est distendue par une quantité variable de pus mou, blanchâtre, caséeux, tenant à la désintégration des fongosités. Si avec le manche d'un scalpel nous cherchons à enlever ce pus, ou mieux, si nous lavons l'articulation sous un courant d'eau, nous pouvons aisément observer la surface de la synoviale articulaire.

Elle est blanchâtre, hérissée de fongosités d'aspect variable, fongosités tantôt arborescentes, ailleurs semblables aux villosités intestinales, ou bien lamelliformes par suite de leur compression réciproque. Ce sont là des faits de connaissance banale, aussi, n'insisterons-nous pas sur la description de ces fongosités. Qu'il nous suffise de dire qu'elles forment une sorte de couronne au cartilage inter-articulaire, au milieu de laquelle celui-ci apparaît plus ou moins altéré.

A la coupe, nous retrouvons sous la zone fongueuse les deux autres couches décrites par Chandelux, dans les tumeurs blanches en général, la couche vasculaire plus

ou moins développée, suivant la vascularisation des fongosités, enfin sous-jacente à celle-ci la zone de tissu lardacé, due à l'épaississement du tissu conjonctif sous-synovial. Ce sont-là les caractères macroscopiques de toute tumeur blanche.

Les lésions microscopiques se présentent ici comme dans toute tumeur blanche. On trouve au niveau des fongosités l'arrangement cellulaire caractéristique de la tuberculose, le nodule tuberculeux.

On le sait, suivant qu'il obéit à la tendance fibro-formative ou dégénérative qui le caractérise, ce nodule se présente sous des aspects un peu différents répondant au nodule embryonnaire, au follicule de Koster, au nodule de Friedlander.

M. le professeur Cornil, dans un examen microscopique de l'articulation sterno-claviculaire qu'il a eu l'occasion de pratiquer, aurait noté quelques particularités au point de vue de la topographie du nodule tuberculeux. Laissons la parole à M. Gibert qui rapporte le fait (1).

Sur une coupe colorée au picro-carmin : « on trouve
« par places, dit-il, surtout à la base des bourgeons de
« petites cellules et au milieu de ces cellules embryon-
« naires des cellules géantes. Ces cellules tranchent par
« leur coloration ; leur protoplasma est d'une teinte jaune
« orangé et présente surtout à la périphérie des noyaux
« colorés en rouge. Dans certains points on distingue
« nettement les cellules géantes, situées dans des cavités
« dont les parois sont tapissées par des cellules endothé-

1. *Prog. méd.*, 82.

« liales, cavités qui semblent être des vaisseaux. Les cellules géantes paraissent donc se développer ici comme elles le font dans la tuberculose de la pie-mère, à l'intérieur même des vaisseaux. »

Trouve-t-on le bacille de Koch au niveau des nodules tuberculeux ? On sait que dans leurs recherches MM. Cornil et Babès ne l'ont guère rencontré que dans un tiers des cas ; ailleurs on peut rencontrer, soit des zooglées, soit même des cocci.

En même temps que la synoviale, avons-nous dit, l'os et les cartilages sont atteints.

Ce n'est là qu'une façon de parler, le résultat d'un schéma un peu trop poussé à l'excès, car comme l'a démontré M. le professeur Lannelongue, les lésions tuberculeuses de l'os précèdent presque toujours la détermination articulaire.

Nous n'avons pas à décrire ces lésions : disons seulement que l'on trouvera des altérations, soit au niveau de l'extrémité interne de la clavicule, soit le plus souvent au niveau du sternum. Faut-il s'en étonner puisque ces altérations sternales sont presque constantes dans toute tuberculose osseuse, ainsi que l'ont fait voir Ranvier, Lannelongue.

Les cartilages sont constamment malades. Nous ne nous occuperons pas des cartilages de revêtement. Leur inflammation est du reste toujours secondaire suivant Kiener et Poulet. L'état du cartilage intra-articulaire est plus intéressant à constater. Celui-ci entouré de fongosités qui le pressent de toutes parts, en contact avec des produits infectieux, résiste néanmoins assez bien. Le plus souvent

il est comme macéré, mais conserve néanmoins son épaisseur et sa structure normales ; dans d'autres cas il peut être érodé du même percé comme à l'emporte-pièce.

Telles sont les lésions primordiales de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire.

Dans une seconde période, avons-nous dit, les ligaments sont altérés et permettent à la néoformation tuberculeuse d'envahir les tissus voisins.

Cette altération ligamenteuse est le résultat du développement des fongosités dans le tissu sous-synovial. Cette poussée extérieure peut se faire en même temps que la poussée intra-articulaire ou seulement lorsque l'articulation est remplie par les produits morbides. Quoiqu'il en soit, ces fongosités vont distendre les ligaments, les érailler, les éroder et par les ouvertures artificielles qu'elles se seront ainsi créées elles vont se répandre au dehors et envahi peu à peu les tissus péri-articulaires.

En raison de certaines particularités anatomiques les bourgeons fongueux ne vont pas se répartir d'une façon indifférente au pourtour de l'article malade. Leur distribution sera réglée par la disposition des parties constituantes de l'articulation, il y aura pour elles des lieux d'élection où elles pourront se développer plus à leur aise.

A défaut d'examen anatomique que nous enseigne la clinique ? Si nous nous en rapportons à notre observation, nous voyons la tuméfaction due à la présence des fongosités s'accuser en deux points principaux : à la partie antérieure de l'articulation, d'abord sous forme d'une masse ovoïde plus ou moins volumineuse à grand axe dirigé

dans le sens de la clavicule. Si nous cherchons ensuite à explorer la face postérieure de l'articulation, nous sommes arrêtés par une masse qui annonce la présence des fongosités à la face postérieure de l'article. Au total nous avons une tumeur à la partie antérieure de l'articulation, une tumeur à la partie postérieure, rien à la partie supérieure.

Ne pourrait-on pas trouver la raison de cette disposition dans la structure même de l'articulation sterno-claviculaire. Souvenons-nous en effet que fortement défendu en haut par le ligament interclaviculaire, en bas par l'insertion sternale de la première côte et le ligament costo-claviculaire, l'article est moins bien protégé en avant et en arrière. A ce niveau nous ne trouvons que des liens relativement faibles, les ligaments sterno-claviculaires antérieur et postérieur. C'est donc là le point faible de l'articulation, ce sont ces ligaments que les fongosités pourront le plus aisément forcer pour s'étendre au dehors. Cette considération anatomique ne pourrait-elle pas expliquer la présence des tissus morbides à la partie antérieure et postérieure de l'articulation, tandis que sa partie supérieure reste libre ?

Une fois les ligaments forcés les fongosités vont se répandre dans les tissus voisins. Cette nouvelle étape dans la marche de la maladie constitue la troisième période de notre schéma.

Peu gênées dans leur développement par les fibres supéro-internes du grand pectoral entouré de sa mince aponévrose d'enveloppe, les fongosités pourront s'étaler à leur aise entre la face postérieure de ce muscle et l'a-

ponévrose clavi-caraco axillaire. Les parties qui sont au-devant des masses fongueuses céderont facilement et pour peu qu'il se produise une irritation réactionnelle un peu vive, le pus formé trouvera un faible obstacle, il viendra se faire jour sous la peau, donnant ainsi naissance à des fistules qui seront elles aussi envahies par des fongosités.

Les produits tuberculeux situés derrière l'articulation, bridés fortement par l'aponévrose moyenne du cou qui vient se fixer à ce niveau au bord postérieur de la clavicule, seront un peu moins libres dans leur marche. Cette tumeur sera donc toujours moins volumineuse que l'antérieure et suppurerait-elle, le pus tendra plutôt à se faire jour à la partie antérieure de l'articulation. D'où la rareté de l'évacuation dans le médiastin.

Telles sont les lésions locales.

Lésions concomitantes. — Elles peuvent être nulles ou à peu près nulles, se bornant à quelques tubercules disséminés dans les sommets.

Ailleurs on peut observer des manifestations tuberculeuses diverses : tuberculoses osseuses variées notamment, carie sternale avec fistules, tuberculose cutanée, tuberculose pulmonaire ou viscérale.

Nous n'insisterons pas davantage.

Lésions tenant à des complications. — Les complications pouvant survenir dans le cours de la tuberculose de l'articulation sterno-claviculaire sont nombreuses.

Elles peuvent se diviser en :

Locales. — Luxation spontanée de l'extrémité interne de la clavicule.

Réactionnelles. — Signalons les pleurésies simples de voisinage, péricardite de même nature.

De propagation. — Signalons seulement la propagation au sternum, aux côtes, à la plèvre, avec pleurésie tuberculeuse. La possibilité d'abcès tuberculeux du médiastin, de pleurésies purulentes à bacille de Koch et même de pneumothorax, l'ulcération des gros vaisseaux.

Enfin une tuberculose de l'articulation sterno-claviculaire peut, si elle est primitive, servir de point de départ à une localisation tuberculeuse quelconque.





SYMPTOMES

Pour la clarté de l'exposé des symptômes, nous décrivons dans l'arthrite sterno-claviculaire une période de début correspondant à l'envahissement de l'article par les fongosités, une période d'état pendant laquelle les lésions s'accroissent, les néoplasies tuberculeuses s'accroissent et se répandent dans les tissus péri-articulaires, enfin une période terminale, dans laquelle les nodules, obéissant à l'une ou l'autre de la double tendance qui les caractérise, amèneront, soit la transformation fibreuse, soit la suppuration de l'arthropathie.

1° *Début.* — Que l'arthrite soit primitive ou qu'elle apparaisse au cours de manifestations tuberculeuses quelconques, le premier phénomène qui attire l'attention du malade sur son articulation sterno-claviculaire est la douleur.

Cette douleur peut être pendant longtemps le seul signe noté. Elle peut précéder de quelques jours seulement la tuméfaction, ailleurs elle dure depuis longtemps déjà lorsque le gonflement se montre. Si nous nous en rapportons à une des observations que nous avons pu retrouver (Obs. I) dans un cas les manifestations douloureuses auraient duré pendant près de deux mois sans que

nul autre symptôme articulaire fût venu en révéler la cause.

Le siège de cette douleur est intéressant à noter. Siégeant en général au niveau de l'article malade, il est curieux de faire observer que l'on peut ici aussi rencontrer des douleurs de voisinage. Ces manifestations douloureuses peuvent occuper, soit le bras, soit la région cervicale du côté correspondant à l'articulation frappée.

Variable dans son intensité, sourde dans quelques cas, ailleurs intolérable, ses caractères ne sont pas non plus toujours les mêmes. Tantôt contusive profonde, ailleurs les malades la comparent à une sensation de déchirure d'arrachement. Elle peut être parfois assez vive pour priver les malades de tout sommeil. Un des caractères de cette douleur est son exaspération sous des influences diverses, la pression, les mouvements respiratoires violents, le rire, la toux, l'éternuement l'exaspèrent et redoublent les souffrances du malade. Le moindre mouvement du bras a surtout pour effet d'accroître les phénomènes douloureux. Les divers mouvements du membre supérieur et principalement les mouvements d'abduction ne peuvent s'exécuter qu'au prix des souffrances les plus vives.

Une conséquence de la douleur et de la gêne des mouvements que celle-ci provoque est la position particulière du bras. Couché dans son lit et dans le décubitus dorsal, le malade tient le membre supérieur correspondant au côté malade complètement allongé. Le fait-on mettre debout, l'attitude du malade rappelle un peu celle des fractures de la clavicule. Pour empêcher le poids du membre supérieur d'abaisser l'extrémité externe de la cla-

vicule et partant déterminer des phénomènes douloureux en élevant l'extrémité sternale de cet os, le malade soutient avec la main du côté sain l'avant-bras fléchi et ramené sur la poitrine du membre opposé en même temps qu'il incline légèrement la tête du côté correspondant à l'articulation malade.

Quels que soient les caractères de la douleur et sa date d'apparition, un beau jour un nouveau symptôme se montre, nous voulons parler du gonflement. Peu apparent d'abord, il s'accuse de plus en plus, la maladie, définitivement constituée, entre alors dans sa période d'état.

2° *Période d'état.* — Les phénomènes douloureux du début persistent pendant cette période : quelquefois ils se calment, en tout cas ils conservent toujours leurs caractères d'exaspération par les mouvements du bras, la pression, les mouvements de la cage thoracique durant les divers actes respiratoires.

Mais comme nous l'avons dit, à cette période de la maladie, c'est surtout le gonflement qui attire l'attention.

On constate au niveau de l'articulation sterno-claviculaire une tuméfaction qui varie depuis le volume d'une amande, d'une grosse châtaigne, à celui d'un œuf de poule.

Cette tuméfaction est allongée, ovoïdale, son grand diamètre est dirigé suivant l'axe claviculaire, elle acquiert son maximum au niveau de l'articulation de la clavicule avec le sternum, lieu où se trouve son centre, tandis que ses extrémités, empiétant sur les parties voisines, masquent une étendue plus ou moins considérable de l'extrémité interne de la clavicule et de la première pièce du sternum.

La peau n'offre pas de changement de coloration notable, à son niveau elle paraît simplement distendue et un peu amincie, on peut y constater un lacis veineux bleuâtre. La température ne paraît pas plus élevée que dans les parties avoisinantes.

La palpation de la tumeur est assez caractéristique, le doigt qui la presse perçoit une sensation molle, lipomateuse, on dirait qu'à ce niveau s'est développée une tumeur graisseuse.

Mais ce n'est pas seulement au-devant de l'articulation sterno-claviculaire que les masses fongueuses viennent faire saillie; la partie postérieure de l'articulation offre, elle aussi, une tuméfaction notable, tuméfaction qui n'est accessible qu'à la palpation. Pour l'apprécier plaçant le dos de la main sur la région antérieure du cou du malade, les doigts tournés vers la fourchette sternale, déprimons légèrement les tissus au-dessus et en arrière du manubrium comme si nous cherchions à pénétrer dans la partie supérieure du médiastin antérieur. Nous ne tarderons pas à être arrêtés par une masse d'un volume variable mais inférieur à celui de la tuméfaction de la partie antérieure de l'article, masse elle aussi de consistance molle, lipomateuse.

La pression au niveau du sternum et de l'extrémité interne de la clavicule complètera l'examen de l'articulation, on pourra parfois déterminer à leur niveau des phénomènes douloureux localisés, qui trahissent la présence de foyers d'ostéite tuberculeuse à leur niveau. Sous l'influence des mouvements du bras, on pourra percevoir quelques phénomènes de crépitation au niveau de l'arti-

ticle malade, pourvu toutefois que la tuméfaction ne soit pas trop développée; enfin l'exploration méthodique de la clavicule révélera parfois un léger épaissement de cet os.

Tels sont les symptômes locaux de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire parvenue à sa période d'état.

Les phénomènes généraux varient essentiellement suivant les cas. Ils différeront évidemment suivant que l'arthropathie tuberculeuse est elle-même primitive ou secondaire.

L'arthrite fongueuse est-elle primitive, nous nous en rapportons à nos observations (Obs. I et II), nous voyons que l'état général peut ne donner lieu à aucune remarque particulière, ou bien que concurremment le malade peut offrir des signes d'une dénutrition plus ou moins avancée.

Il est inutile de dire qu'en cas d'arthrite secondaire l'état général du malade dépendra des lésions tuberculeuses concomitantes.

3° *Période terminale.* — Comme nous l'avons dit au début de l'étude des symptômes, les fongosités peuvent évoluer vers la transformation fibreuse ou bien subir la fonte caséuse.

L'organisation fibreuse des néoformations tuberculeuses, exceptionnelle pour toute tumeur blanche, ne doit être notée que pour mémoire et comme mode de terminaison possible de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire.

Ordinairement la tumeur blanche aboutit à la suppuration. Nous n'avons pas à rechercher comment le pus se

forme au sein des masses fongueuses. Disons simplement que la masse lipomateuse primitive se ramollit par places, la palpation y fait reconnaître un peu de fluctuation en même temps que la température locale s'élève et bientôt le pus vient ulcérer la peau et se faire jour à l'extérieur.

C'est en général à la face antérieure de l'articulation sterno-claviculaire que le pus vient faire saillie, il en résulte des trajets fistuleux, en nombre variable, trajets qui ne tardent pas à être envahis par les fongosités et à travers lesquels un stylet introduit permet d'aller explorer l'articulation et de reconnaître parfois les surfaces osseuses rugueuses et dénudées de leur cartilage.

Plus rarement le pus vient se faire jour à la face postérieure de l'articulation, dans ce cas il peut survenir une série de complications que nous étudierons plus loin.





MARCHE

Il est facile, d'après l'exposé symptomatique que nous venons de faire, de reconstituer la marche de la maladie.

Comme nous l'avons dit, en général, dans l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire, le premier phénomène noté est la douleur. Le gonflement se montre ensuite. Ce gonflement s'accroît uniformément d'une manière insensible ou bien de temps en temps il semble se faire du côté de l'article malade des poussées subaiguës. C'est surtout lorsque la suppuration va s'établir qu'on peut noter ces phénomènes réactionnels.

Diverses complications peuvent venir troubler cette marche. Elles peuvent survenir soit pendant la période d'état de la maladie soit à sa période terminale.

Ne pourrait-on pas noter pendant la période d'accroissement de l'arthrite sterno-claviculaire une pleurésie séro-fibrineuse, analogue à celle que l'on note dans les abcès des parois thoraciques ? La pleurésie tuberculeuse n'est pas impossible, car on a noté dans des cas de résection de l'articulation pour tumeur fongueuse des tubercules au niveau du cul-de-sac pleural, visible au fond de la plaie.

Les complications pouvant survenir à la période terminale s'observeront surtout dans les cas où le pus s'évacuerait à la partie postérieure de l'articulation. Nous

avons signalé au chapitre des lésions la possibilité de pleurésies, purulentes, à bacilles de Koch, d'abcès du médiastin et même de pyopneumo-thorax. Cette dernière complication mérite de nous arrêter quelques instants.

Elle résulte de l'ouverture du foyer purulent à la fois sous la peau et dans la plèvre. Nous avons cru devoir signaler la possibilité de cette complication, bien que l'observation que nous rapporterons, trouvée dans la thèse de Legrand, a trait, non à une arthrite tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire, mais à un abcès froid, qui occupait le même siège.

Mentionnons aussi, à titre de mémoire, la possibilité de l'ulcération des gros vaisseaux et de luxations spontanées de l'extrémité interne de la clavicule, bien que le ligament intra-claviculaire ne doive que très difficilement se laisser détruire par les fongosités.

L'état général du malade doit, lui aussi, influencer sur cette marche, et il n'est pas douteux qu'une arthrite survenue chez un sujet, en proie à d'autres tuberculoses, évolue plus rapidement que lorsqu'elle est primitive.

Telle est la marche de la maladie.

En résumé, la terminaison habituelle est la suppuration avec la production de fistules thoraciques.

Les terminaisons exceptionnelles sont : la transformation fibreuse des fongosités, parfois même un dénouement fatal. Celui-ci est amené, soit par une des complications possibles, notamment par des abcès du médiastin, une pleurésie purulente, un pyopneumo-thorax, l'ouverture des troncs veineux ou bien il peut résulter d'une des lésions tuberculeuses concomitantes.



DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire ne saurait offrir de difficultés, surtout lorsque la tuberculose de cette articulation se déclare au cours d'arthropathies tuberculeuses concomitantes, ou bien au cours de lésions osseuses de même nature.

Dans ce cas l'ensemble des signes que nous avons énumérés est pour ainsi dire pathognomonique.

Mais il est des cas où le diagnostic est plus épineux : lorsque l'arthropathie est primitive. Le clinicien se trouve alors exposé aux mécomptes les plus divers.

Les erreurs que l'on peut commettre diffèrent suivant que la lésion est à sa période de début ou à sa période d'état.

Au début, en présence des phénomènes douloureux, on pourra songer à l'arthralgie, parfois même si un traumatisme violent a été la cause d'appel de la localisation tuberculeuse, on pourra se demander s'il n'y a pas quelque fracture partielle des extrémités articulaires. La marche ultérieure de la maladie lèvera tous les doutes à cet égard.

La considération de siège, l'intégrité des autres articulations l'absence de phénomènes fébriles feront éliminer le rhumatisme articulaire aigu.

Lorsque à la douleur est venu s'ajouter le gonflement, lorsque la maladie est à sa période d'état, on peut encore méconnaître l'arthrite fongueuse sterno-claviculaire et la confondre avec les états les plus divers.

Le rhumatisme chronique peut bien produire jusqu'à un certain point des difformités articulaires analogues, mais il se localise sur les petites articulations de la main et du pied. De plus, l'âge du malade, les signes concomitants de la diathèse arthritique feront toujours reconnaître les manifestations rhumatismales chroniques.

Le sarcome de la clavicule laisse presque toujours sinon toujours l'articulation intact. Alors même que l'épiphyse tout entière est envahie par la néoplasie, l'articulation est respectée, le cartilage diarthrodial opposant à l'envahissement du néoplasme une barrière faible, il est vrai, mais suffisante.

L'arthropathie syphilitique est une rareté, l'étude des commémoratifs, la considération des caractères de la douleur qui se calme par les mouvements, feront toujours reconnaître cette manifestation spécifique.

A la période terminale de la maladie, en présence de la suppuration et de fistules, on peut se demander quel a été le point de départ de l'abcès froid. En général, l'examen avec le stylet en feront reconnaître l'origine.





PRONOSTIC

Le pronostic de l'arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire variera avec les conditions au milieu desquelles elle se manifeste.

Est-elle primitive, le pronostic sera peu grave. On n'oubliera pas toutefois les complications qui peuvent survenir et qui, bien qu'exceptionnelles, peuvent être assez graves pour amener la mort.

En cas de tuberculose sterno-claviculaire secondaire, les éléments du pronostic seront tirés de l'étude de l'état général du malade et des lésions tuberculeuses concomitantes.





TRAITEMENT

La marche à suivre, les indications auxquelles on doit se conformer dans le traitement de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire, ne diffèrent pas ici de ce qu'elles sont, non-seulement dans toute tumeur blanche, mais encore dans toute manifestation tuberculeuse quel que soit son siège. En deux mots on devra s'attacher à modifier l'état général, à combattre l'état local.

Le traitement général, les moyens par lesquels on arrivera à modifier le terrain ont été exposés de main de maître par M. le Pr Bouchard. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici ses conclusions:

1° La diathèse tuberculeuse, dit-il, donnant naissance à des fermentations et à la production d'acide oxalique dans le sang, il faut fixer cet acide par de l'eau de chaux pour former l'oxalate de calcium qui en présence du phosphate de sodium devient soluble et s'élimine par les reins.

2° Activer la combustion des acides par le carbonate de sodium et l'exercice au grand air.

3° Stimuler les mutations nutritives en excitant les nerfs périphériques par les bains de mer, les bains chauds, les bains sulfureux ou l'hydrothérapie.

4° Ranimer les fonctions languissantes du tube digestif par les amers, les préparations digestives, une nourriture à la fois légère et substantielle et les boissons ferrugineuses.

5° Modifier et favoriser la nutrition par les préparations iodées et par des matières réparatrices, telles que l'huile de foie de morue et des préparations ferrugineuses.

6° Prescrire le benzoate de sodium à l'extérieur, l'eau carbonatée en inhalations, qui d'après les expériences de Schuller, exerceraient une influence très favorable sur les inflammations tuberculeuses des articulations.

Contre les manifestations locales les ressources de la thérapeutique sont nombreuses, on peut les ranger sous deux chefs principaux : ils comprennent l'un les moyens palliatifs, l'autre les méthodes d'intervention sanglante.

La médication palliative comprend :

1° Les révulsifs (vésicatoire, cautères divers, pointes de feu).

2° Les injections médicamenteuses, notamment les injections au chlorure de zinc de M. le Dr Lannelongue. Ces derniers, on le sait, provoquant l'hyperplasie du tissu conjonctif, déterminent la production d'une sorte de capsule fibreuse qui enkystera pour ainsi dire les fongosités, s'opposera à leur développement ultérieur et favorisera leur transformation fibreuse.

L'intervention sanglante comprend ici comme partout ailleurs le grattage, ou bien la résection de l'article malade.

Il est important de bien établir dans quelles conditions le chirurgien doit donner la préférence à l'une ou à l'autre.

tre de ces deux méthodes. Disons en peu de mots que c'est l'étude de l'état général qui doit guider la main du chirurgien.

Est-ce d'une tumeur blanche sterno-claviculaire primitive qu'il s'agit : tant que la lésion tuberculeuse n'a pas de retentissement trop prononcé sur le reste de l'économie, on ne doit pas opérer, à moins de désordres locaux graves, n'oubliant pas que toute intervention inopportune peut être le point de départ d'une poussée de tuberculose due, soit à une inoculation pendant l'opération, soit à un acte réflexe, allant réveiller la vitalité d'un foyer tuberculeux éloigné. Ce n'est que lorsque l'état général commence à faiblir que le chirurgien sera conduit à opérer.

Lorsque l'arthropathie fongueuse survient au cours d'une tuberculose antérieure nettement caractérisée, les indications opératoires sont tout autres. Dans le cours de manifestations tuberculeuses, osseuses ou articulaires multiples, on pourra se servir du bistouri, à condition que l'état général ne soit pas trop mauvais, qu'il n'y ait, ni fièvre, ni cavernes volumineuses, que le foie et le rein soient intacts. L'état fébrile, des lésions pulmonaires trop avancées, la tuberculose hépatique ou rénale concomitantes, constituent les contre-indications de toute intervention armée.

Ayant décidé d'opérer à quel procédé aurons-nous recours.

L'arthrotomie donne de mauvais résultats et expose le malade à des rechutes, à cause de la présence de foyers tuberculeux dans la poignée du sternum et l'extrémité interne de la clavicule. La résection de l'article sterno-

claviculaire sera donc la méthode de choix, elle se pratiquera en trois temps de la façon suivante :

Premier temps. — Mener une incision parallèle à la clavicule, et allant jusqu'au milieu du sternum, perpendiculairement à elle, incisée le long du bord sternal, on obtiendra ainsi un lambeau triangulaire, de dimensions variables, suivant l'étendue des lignes d'incision, et qu'il sera facile de rabattre sur les parties latérales du thorax.

Deuxième temps. — Ce temps comprend l'incision des ligaments et l'ouverture de l'articulation.

Troisième temps. — C'est dans cette troisième partie de l'opération qu'on fera la résection proprement dite de l'article malade.

Pour cela, s'adressant successivement à l'extrémité claviculaire et à l'extrémité sternale, on passe d'abord entre la clavicule et le muscle sous-clavier une sonde de Blandin. On sectionnera la partie osseuse à l'aide d'une pince coupante.

Quant au sternum, un coup de cisaille enlèvera sa portion articulaire.

Le lavage de la plaie, au fond de laquelle on pourra parfois apercevoir la plèvre, complètera l'opération.

Nous n'avons pas à nous prononcer sur la valeur de cette résection. Signalons seulement l'ouverture du cul-de-sac pleural, la blessure des veines sous-clavières comme accidents possibles ; quant aux résultats opératoires rapelons que sur cinq cas relatés par M. Polaillon (1) deux seulement auraient été suivis d'insuccès.

1. *Dict. encycl. des Sc. méd.* Article *Clavicule*.

Diverses indications peuvent être encore tirées de la marche de l'arthrite, des complications qui peuvent survenir des lésions tuberculeuses concomitantes. Nous n'insisterons pas sur les traitements dont ces divers accidents seront justiciables. Variables suivant les cas ils seront toujours faciles à instituer.





CONCLUSIONS

Arrivés au terme de notre étude nous croyons pouvoir en résumer ainsi les divers éléments.

I. — L'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire est l'une des arthropathies tuberculeuses les plus rares.

II. — Elle peut être primitive ou secondaire.

III. — Au point de vue des symptômes il est à noter que les fongosités se développent à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'articulation.

IV. — Diverses complications intéressantes à signaler peuvent survenir. Elles ont pour cause l'évacuation dans le médiastin ou dans la plèvre, du pus se formant à la partie postérieure de l'article. Celui-ci peut aussi ulcérer les troncs veineux.

V. — Le diagnostic en est en général facile. Le pronostic sera toujours réservé.





OBSERVATIONS

A. — Tuberculose primitive de l'articulation sterno-claviculaire.

OBSERVATION I

In thèse de Breitman. Observation recueillie à l'hôpital de la Pitié, service de Le Fort.

M^{me} F..., 43 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Rougeole à 11 ans, entérite à 15.

Histoire de la maladie. — Au mois de janvier 1891, la malade a commencé à sentir dans la région cervicale gauche et au bras gauche une douleur qui l'empêche de dormir.

Au mois de mars 1891, la malade remarque une tuméfaction siégeant au niveau de l'article sterno-claviculaire gauche. Cette tuméfaction augmente de plus en plus et occasionne à la malade des souffrances de plus en plus violentes. Elles sont intolérables à la pression ou quand la malade essaie de remuer son bras.

Elle vient à la consultation de M. Le Fort à la Pitié ; on fait une incision sur la tumeur, il en sort du pus sanguinolent, lavage à l'eau boriquée.

Aucune amélioration ne s'en suit.

La malade revient le 15 octobre 1891 et rentre alors dans le service. On lui fait un grattage à l'os. A la suite de cette intervention la douleur cesse, mais il persiste une fistule par laquelle s'écoule toujours du pus.

Janvier 1892. — La douleur a reparu, nouveau grattage et extirpation du sequestre.

20 mars. — Nouveau grattage.

Malgré cela la douleur persiste, non-seulement au moment des mouvements du bras mais encore au repos. Il reste une fistule avec écoulement purulent, sommets suspects.

OBSERVATION II

Observation personnelle recueillie à l'Hôtel-Dieu dans le service de
M. Lancereaux.

Le nommé Louis C..., âgé de 42 ans, couché au lit n° 25, salle Saint-Denis.

Antécédents héréditaires. — Mal connus, le père serait mort à l'âge de 60 ans, asthmatique nous dit le malade. Il en serait de même de sa mère morte à l'âge de 56 ans.

Le malade a deux frères et deux sœurs tous bien portants. Il est marié depuis dix ans mais n'a pas eu d'enfants.

Antécédents personnels. — Peu de chose à noter, élevé à la campagne où il travaillait aux champs, il n'aurait pas eu de maladies graves. Réformé pour cause de hernie crurale.

Venu à Paris à l'âge de 20 ans, entre comme cocher aux omnibus. Se serait toujours bien porté, pas de rhumatismes, pas de blennorrhagies, pas de syphilis.

L'hiver dernier, la santé du malade a commencé à s'altérer, le malade maigrit un peu, coup sur coup, il a deux ou trois bronchites qui l'obligent à interrompre son travail une dizaine de jours chaque fois. Pas de sueurs nocturnes, pas d'hémoptysies, le malade reprend ses occupations.

Accident actuel. — Depuis quatre mois le malade sent ses forces diminuer, il maigrit considérablement. Il y a deux mois le malade est obligé de quitter son travail. Le malade s'alite, il est en proie à une faiblesse extrême, à un malaise mal défini au milieu duquel le muguet se déclare. Pas de sueurs nocturnes, pas de toux, pas d'hémoptysie, rien ne peut expliquer la cachexie du malade et le muguet survenu. Le muguet a duré deux mois, paraît-il, c'est quelques jours après la disparition que se sont déclarés les phénomènes qui amènent le malade dans le service.

Il y a dix jours environ, et sans qu'il pût l'attribuer à aucun traumatisme, se déclara une douleur assez vive au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite.

La douleur fut le seul symptôme constaté pendant deux ou trois jours, puis se montre une tuméfaction qui décide le malade à demander son admission dans le service de M. Lancereaux.

Examinant le malade voici ce que nous trouvons :

Il est porteur au niveau de la partie antéro-interne de la clavicule d'une tumeur assez volumineuse, tumeur empiétant sur le manubrium. Cette tumeur est allongée suivant l'axe de la clavicule. Pas de changement de couleur de la peau à ce niveau.

La palpation ne révèle aucun changement notable de température. La palpation de la tumeur nous donne la sensation d'une masse molle, lipomateuse, elle acquiert les plus grandes dimensions au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

En cherchant à explorer la face postérieure de l'articulation,

et pour cela il suffit de déprimer profondément les tissus placés au-dessus du manubrium comme pour pénétrer dans le médiastin antérieur, on sent une tuméfaction analogue comme consistance à celle qui siège à la face antérieure de l'article, mais de volume moindre.

Le phénomène fonctionnel dominant la scène est la douleur, elle est spontanée et s'exagère par la pression, les mouvements du bras, les mouvements respiratoires violents.

Du côté de l'état général notons un grand amaigrissement, un affaiblissement notable.

Rien de spécial du côté des grands appareils. Les sommets offrent un peu de rudesse du murmure vésiculaire, mais rien de bien net. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines, le foie est normal. L'exploration des articulations du système osseux ne nous apprend rien de particulier.

Le diagnostic porté est arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire.

C'est sur ces deux observations que nous nous appuyons pour établir que l'arthrite fongueuse sterno-claviculaire peut être primitive.

La première observation est concluante à cet égard, quant à la seconde, bien que l'état général fût très atteint lorsque se sont montrés les signes articulaires, on peut aussi regarder l'arthropathie comme ayant été primitive en présence de la non constatation réelle de tuberculose somatique

B. — Tuberculose sterno-claviculaire avec manifestations tuberculeuses concomitantes.

OBSERVATION III

In thèse de Breitman.

S. J..., 24 ans, couvreur.

Antécédents héréditaires. — Manquent.

Antécédents personnels. — Il y a deux ans pleurésie droite.

Histoire de la maladie. — Le malade entre le 30 mai 1891 à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Le Fort pour des manifestations de tuberculose osseuse primitive siégeant au niveau des doigts et des métatarsiens. On pratique sur le malade diverses opérations sans succès. Amputation de l'index de la jambe.

Abcès froids de la paroi thoracique.

Le 1^{er} avril 1892. — Le malade remarque une tuméfaction de la région sterno-claviculaire droite. Cette tuméfaction n'est pas le siège de douleurs spontanées, mais la pression, les mouvements respiratoires y réveillent des douleurs assez vives.

La peau normale glisse bien sur la tumeur qui est de la grosseur d'une amande. Cette tumeur siége au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

L'examen du poumon droit révèle de la rudesse à l'inspiration.

La respiration est faible au niveau du sommet gauche; matité à la percussion.

OBSERVATION IV

In thèse de Breitman.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Bronchites répétées, caries sternales avec fistules nombreuses.

Anciennes cicatrices strumeuses au cou.

Histoire de la maladie. — Le malade entre le 5 mai 1892 à l'Hôtel-Dieu dans le service de Verneuil pour une tumeur blanche du coude droit.

Ce n'est qu'accidentellement en l'examinant que nous découvrons chez lui une tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire droite. Cette tumeur est indolente puisque le malade ne soupçonne même pas en être porteur. Néanmoins le malade souffre quand on presse sur la partie correspondante du sternum ; il en est de même lorsqu'on dit au malade de lever le bras ou de faire une inspiration un peu puissante.

Le malade quitte le 8 mai le service parce qu'on ne l'opère pas de sa tumeur au coude.

OBSERVATION V

Publiée par Greffier. *In. prog. méd.* 1882.

Le nommé X..., âgé de 25 ans, entre à la salle Monneret, service de M. Audhoui avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire et laryngée fort avancée. Il ne pouvait pour ainsi dire pas émettre un son, l'auscultation révèle des craquements humides des deux côtés.

Le malade présente en outre du côté gauche une saillie au niveau de l'articulation sterno-claviculaire. La palpation révèle un empâtement d'une consistance analogue à celle d'un lipome mais aucune fluctuation. La peau n'est pas rouge, pas de douleur, le malade raconte qu'il avait eu à ce niveau une luxation à la suite d'un effort.

Le malade tuberculeux avancé succombe au bout de quelques jours de séjour dans le service.





APPENDICE

A titre de document justificatif nous reproduisons ici une observation de la thèse de Legrand dans laquelle est rapporté un fait d'abcès froid de la région sterno-claviculaire ayant donné lieu à un pyopneumothorax.

Le nommé L..., âgé de 24 ans, entré le 18 octobre 1874 au Val-de-Grâce.

Bronchite avec localisation à l'un des sommets, séjourne un mois à l'hôpital. Envoyé en convalescence.

Revenu au corps il voit se développer à la partie antérieure de la poitrine, immédiatement au-dessus de la clavicule gauche près son articulation avec le sternum, un abcès qui s'ouvre spontanément.

Il est dirigé sur l'hôpital où on incise l'abcès.

A la suite de cette intervention il persiste une fistule, l'examen avec le stylet ne dénote pas de lésions osseuses. Le trajet fistuleux continue à suppurer, le malade maigrit et devient en proie à une leucémie de plus en plus considérable.

Un beau jour, à la suite d'un effort, le malade eut une douleur subite dans la poitrine et l'air sortit par la fistule.

On constate à l'examen un pneumothorax. Mort au bout de quelques jours.

A la nécropsie pyopneumo-thorax.





BIBLIOGRAPHIE

- Bardenheuer.** — Résection des manubrium sterni. Deutsch med Woch., 1885.
- Berry.** — Contribution à l'étude de l'arthrotesis, ou abration intra-articulaire dans le traitement de l'arthrite fongueuse. Th. de Bordeaux, 1889.
- Bidder.** — Bensa kungen zur Pathol. und Therapie der fungosen Huftgelenkentz iindung. Berlin Klin. Woch., 1879.
- Bœckel.** — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculqses locales.
- Breitmann.** — Contribution à l'étude de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire. Th. Paris, 1891-1892.
- Broca.** — Perforation tub. du sternum. Bull. Soc. An. de Paris, 1884.
- Franca (F.).** — Reseccao da clavicula es querda per caria. J. Soc. Med. de Lisbonne, 1879.
- Geeraert.** — Aggravation et généralisation de la tuberculose après opération. Thèse de Paris, 1890.
- Gillette.** — Nécrose syphilitique de la clavicule droite avec ostéite fongueuse concomittante et trajets fistuleux multiples. Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1886-89-93.

- Greffier.** — Tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire chez un tuberculeux. *Prog méd. et Bull. Soc. Anat.*, 1882.
- Lagrange.** — *Traité de chirurgie.*
- Le Dentu.** — Statistique des principales opérations. — *Bulletins et mém. Soc. de chir. de 1891.*
- Le Fort.** — Résection du sternum pour carie. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1884.
- Ostitis.** — Tuberculose des Brustbeins, 2 Falle Jahreste, *ü. d. chir. Abth., d. Spit. zu Basel*, 1887-88.
- Polaillon.** — *Dict. encycl. des sc. med. Art. clavicule.*
- Ricard.** — Contrib. à l'étude de la tub. des syn. artic. et des div. formes clin. qu'elle peut revêtir. *Th. Paris*, 1881.
- Roullies.** — De la résection du sternum, *th. Paris*, 1888.
- Rustitski.** — Suppurating abcesser, resection of manubrium and uppa half of sternum, *Lancet*, 1889.
-

Vu par le Président de la thèse,
CORNIL.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	5
Introduction.....	7
Etiologie	10
Anatomie pathologique.....	12
Symptômes.....	20
Marche	26
Diagnostic.....	28
Pronostic.....	30
Traitement	31
Conclusions	36
Observations	37
Appendice.....	44
Bibliographie.....	46

